FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Gabriel GUERRY

Né le 21 mai 1894, à Grenoble

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES

BUBONS CHANCRELLEUX

Président : M. CHAUFFARD, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale	GOSSET
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	P. CARNOT
Hygiène	Léon BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU LEJARS HARTMANN
Clinique ophtalmologique	Dr LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE N.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE

ÉMILE TROLLIET

Professeur de rhétorique au Collège Stanislas
Rédacteur en chef de *la Revue Idéaliste*

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur CHAUFFARD

Professeur de clinique médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur BARTH

Médecin de l'Hôpital Necker

Monsieur le Docteur RÉNON

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Necker

Monsieur le Docteur E. DESMAREST

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hospice de Bicêtre

Monsieur le Docteur A. BERGÉ

Médecin de l'Hôpital Broussais

Monsieur le Docteur S. BANZET

Ancien interne, médaille d'or des Hôpitaux
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté

Dont nous avons eu le bonheur d'être l'assistant pendant trois ans dans ses services de chirurgie à l'hôpital Saint-Joseph.

Monsieur le Docteur L. QUEYRAT

Médecin de l'Hôpital Cochin

Qui nous suggéra le sujet de cette thèse.

Hommage de reconnaissance et de respect.

INTRODUCTION

Le traitement du bubon chancrelleux n'a jamais occupé une place importante dans la littérature médicale. Les chirurgiens dignes de ce nom et amoureux de leur art ont toujours mis un certain amour-propre à se désintéresser de cette affection qui leur semblait bénigne et répugnante, et les rapides progrès de la chirurgie abdominale dans ces quarante dernières années n'étaient pas faits pour modifier cette manière de voir. — Quant au grand public, victime de ses préjugés, il ne réclamait, par son attitude, aucun éclaircissement sur la question, estimant qu'il est certains sujets sur lesquels il est plus indiqué de verser des larmes de honte que de faire couler des flots d'encre. — Enfin, il faut reconnaître que la fréquence de la chancrelle a diminué avec les progrès de l'hygiène, et que le temps semble lointain où Bassereau, dans ses consultations d'hôpital, comptait trente chancres simples pour un chancre syphilitique.

Malheureusement, la guerre, entre autres conséquences désastreuses, a provoqué une rapide recrudescence des maladies vénériennes. Et cela se conçoit pour plusieurs raisons.

M. Queyrat pense que le voisinage de la mort est un surexcitant du sens génital qui pousse tous les

êtres vivants, hommes et animaux, à procréer, à se perpétuer, à faire de la substance immortelle, par une sorte d'instinct de conservation de la race, à l'heure où leur « soma » semble devoir s'anéantir.

D'autre part, il est de toute évidence que, pour des combattants vigoureux, dans la force de l'âge viril, éloignés du foyer conjugal et à proximité de femmes contagionnantes, les règles ordinaires de l'hygiène la plus élémentaire cessent d'avoir force de loi.

Avec la guerre, le chancre simple et son bubon se sont multipliés comme la syphilis et la blennorragie, et la question du traitement des bubons chancrelleux redevient d'actualité. Cela justifie le choix de notre thèse.

Après avoir fait une énumération succincte de quelques-unes des méthodes préconisées, et un essai de critique des plus usuelles, notamment l'incision simple et le drainage filiforme, nous verrons pourquoi, parmi les substances successivement employées pour les injections modificatrices, on en est arrivé peu à peu à préférer la vaseline iodoformée ; puis nous étudierons en détails la méthode de Fontan et les modifications qui semblent devoir l'améliorer, sans oublier ses indications et contre-indications. Enfin, nous apporterons à l'appui de notre plaidoyer, la statistique des observations personnelles que nous avons pu recueillir dans le service de notre très honoré maître, M. le Dr Queyrat, à l'hôpital Cochin.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT DES BUBONS CHANCRELLEUX

Les méthodes préconisées pour le traitement des bubons chancrelleux sont très nombreuses, et nous pouvons, en remontant l'échelle du temps, trouver des descriptions très détaillées dans les vieux auteurs.

Mais, à vrai dire, la question manque d'intérêt si l'on consulte l'histoire de la médecine avant l'année 1852, qui marque la date où Bassereau établit la spécificité du virus syphilitique.

Nous ne citerons que pour mémoire la croyance moyenâgeuse au dogme physiologique qui désignait le foie comme le foyer de ce virus syphilitique. Les aînes étaient alors considérées comme l'émonctoire de cet organe, et on n'avait garde de tarir une suppuration aussi bienfaisante. D'où l'emploi des méthodes qui favorisaient cette évacuation : vésicatoires, sétons, etc.

Ces idées régnèrent pendant le XVI^e^ et le XVII^e^ siècle. Vers le milieu du XVIII^e^, quelques médecins osèrent s'élever contre cette manière de traitement, et préco-

nisèrent la résolution au moyen de pommades qui, dans l'espèce, étaient presque toutes à base de mercure, Hunter considérant alors que tout bubon était syphilitique.

D'autres méthodes surgirent, variables suivant les conceptions pathogéniques que leurs auteurs se faisaient du bubon. Par exemple, Diday, se basant sur la théorie de l'inoculation du bubon par la voie lymphatique, exposait, dans *le Journal de médecine de Lyon*, en 1843, une méthode qui préconisait la section sous-cutanée des lymphatiques qui vont du chancre au ganglion. Mais ce moyen n'est jamais sorti de la théorie. — Aubert, ayant constaté que les inoculations du pus chancrelleux étaient négatives lorsque le bubon avait été porté à une température de 40 à 45 degrés, estimait qu'il fallait prolonger la période inflammatoire, nuisible au développement du virus.

Puis vint l'époque où Velpeau obtint un si légitime succès avec la méthode de l'injection iodée dans le traitement de l'hydrocèle. Cette découverte orienta les vénéréologistes vers un nouveau mode de thérapeutique des bubons chancrelleux : le traitement par les injections modificatrices.

Nous pouvons, de la sorte, établir aujourd'hui une classification de ces méthodes de traitement en trois grands groupes : les méthodes médicales, les méthodes chirurgicales, et les méthodes médico-chirurgicales. Dans chacun de ces groupes, nous n'envisagerons que les méthodes les plus usuelles et les plus récentes, ce court aperçu historique n'ayant eu

d'autre but que de nous permettre d'arriver à une classification des méthodes actuelles.

I. — Méthodes médicales

Nous ne citerons que pour mémoire ces méthodes qui consistent dans l'application sur la paroi du bubon de pommades résolutives fondantes, telles que l'emplâtre de savon, l'emplâtre de Vigo, les préparations mercurielles, la vaseline ichthyolée, gaïacolée, etc. Ces méthodes sont complètement abandonnées aujourd'hui, leur inefficacité ayant été démontrée suffisamment.

II. — Méthodes chirurgicales

Les principales sont : l'incision simple au bistouri, le drainage filiforme, l'ablation des ganglions de l'aine, la ponction simple au trocart.

1° *Incision simple.* — Suivie ou non de curettage, cette incision peut être faite suivant la méthode abortive de Broca, avant l'apparition de la fluctuation, comme au temps où l'on croyait, d'après les données de Ricord, que le pus du bubon s'inocule toujours et se propage de proche en proche ; elle peut être faite aussi après avoir constaté la fluctuation.

Dans le premier cas, l'opération, très douloureuse, est bien souvent inutile, le bubon n'étant pas fata-

lement destiné à devenir chancreux. D'autre part, il est difficile de tomber juste sur le ganglion, confondu avec la zone d'empâtement voisine.

Dans le second cas, on s'expose à la chancrellisation des lèvres de l'incision, et l'expérience prouve qu'il en est souvent ainsi. On a cru pendant longtemps que cette complication n'était pas causée par le pus du bubon primitivement aseptique, mais par les infections secondaires ou la pénétration secondaire du bacille spécifique ambiant auquel le bistouri ouvrait une large porte d'entrée. Strauss, dans une communication à la Société de Biologie, avait en effet relaté que sur 42 examens de pus de bubons non ouverts, il n'avait pas constaté une seule fois la présence de bacilles de Ducrey. Mais des recherches plus récentes ont démontré que le pus bubonien était virulent d'emblée, et quelques bactériologistes, parmi lesquels M. Bezançon, ont obtenu des cultures positives avec du pus de bubons non ouverts. Ces cultures seraient même positives sur gélose dans 40 o/o des cas d'après les statistiques de Touraschewski en 1905. Il faut donc admettre aujourd'hui que l'incision au bistouri, en ouvrant une trop large issue au pus chancrelleux, peut déterminer une inoculation des lèvres de l'incision par les bacilles contenus dans le bubon et provoquer la formation d'une plaie chancreuse très longue à guérir.

Enfin, un autre inconvénient de l'incision au bistouri, c'est la cicatrisation parfois très ralentie par un recroquevillement des lèvres de la plaie, et la

cicatrice défectueuse qui en résulte dans une région où elle est généralement considérée comme un stigmate de maladie vénérienne.

2° *Drainage filiforme.* — Voici en deux mots le principe de la méthode actuelle : avec une aiguille de Reverdin, on transfixe le bubon, et par le trajet de l'aiguille, on introduit un crin de Florence ou un catgut dont on lie les deux bouts. On exprime le bubon qui évacue la plus grande partie de son contenu par les orifices du séton. Le reste se vide en quelques jours, par le drainage filiforme. Lorsque la suppuration semblé tarie, on retire le fil et le trajet se referme spontanément.

A vrai dire, cette méthode chirurgicale est très ancienne. Nous avons dit plus haut que le séton fut une méthode préconisée au XVI^e^ siècle. Avant l'ère aseptique sa vogue fut courte, et cela se conçoit : les orifices du séton se chancrellisaient presque fatalement à une époque où l'instrumentation était moins délicate qu'aujourd'hui et où l'on n'était pas à l'abri des infections secondaires. Actuellement, la finesse de l'aiguille de Reverdin, et les progrès de l'asepsie ont rendu cette éventualité exceptionnelle, et la méthode jouit d'une grande faveur dans certains services d'hôpitaux. Nous l'avons nous-même expérimentée avec succès chez plusieurs malades qui ont guéri en quelques jours.

Pourtant, nous lui préférons la méthode de Fontan.

a) Parce qu'elle n'oblige pas à renouveler fréquem-

ment des pansements constamment souillés par le pus chancrelleux.

b) Parce qu'elle est compatible avec la continuation des travaux professionnels, comme nous le verrons d'après nos observations, alors que la suppuration du drainage nécessite des pansements soigneux et une immobilité relative.

c) Enfin parce que nous pouvons répéter ici ce qui a été dit à propos de l'incision simple : il faut tenir compte aujourd'hui de la virulence spécifique des bubons non ouverts. Les soins antiseptiques préviendront bien les infections secondaires, ou l'infection par le bacille spécifique extérieur, mais ils n'empêcheront pas que les deux orifices du drainage baignent constamment dans un pus riche en bacilles de Ducrey qui peuvent les inoculer et déterminer leur chancrellisation.

3° *Ablation des ganglions suppurés.* — C'est l'évidement de l'aine (Gosset, Pousson, Le Dantec). Nous n'insisterons pas sur cette méthode. Est il besoin, en effet, de faire remarquer que ce procédé n'est pas à la portée de tous les praticiens ? D'ailleurs, cette intervention a souvent été suivie de troubles trophiques, ou de séquelles fonctionnelles fâcheuses d'après Brouardel, Reclus qui rapportent des cas d'œdème des membres inférieurs et du scrotum survenus plus ou moins rapidement après l'opération.

4° *Ponction au trocart fin et aspiration du pus.* — Cette méthode, très simple, préconisée par Julien et

Le Pileur, permettrait de guérir les malades en une vingtaine de jours

Mais les témoignages de nombreux auteurs et notre expérience personnelle attestent que les résultats obtenus sont plus rapides et plus sûrs, si l'on combine à la ponction au trocart et à l'aspiration de pus les injections modificatrices, c'est-à-dire l'antisepsie du milieu intérieur. C'est là le principe des méthodes dites « médico-chirurgicales ».

III. — Méthodes médico-chirurgicales

L'idée n'est pas nouvelle. En lisant la thèse du Dr Hanse, médecin militaire, qui date de 1828, nous y voyons préconiser un traitement du « bubon vénérien » par les injections iodées. Il employait alors le mélange suivant : vin aromatique 2 parties. Teinture d'iode 1 partie ; après lavage de la cavité à l'eau tiède, il injectait le mélange modificateur, qu'il maintenait cinq minutes dans la cavité du bubon en appliquant le doigt sur l'orifice dû à la ponction. La guérison était obtenue généralement en huit ou dix jours. Il cite deux observations en faveur de ce procédé.

A la suite de ces premiers succès, on essaya d'autres substances en solution ou en émulsion, parmi lesquelles les suivantes :

Acide phénique à 1 p. 100 (Armstrong).

Camphre ;

Sulfate de cuivre ;

Benzoate de mercure à 1 p. 100 (Welander) ;
Nitrate d'argent à 1 p. 50 ;
Cuivre colloïdal (Couanet).
Sublimé (Balzer) ;
Oxycyanure de mercure (Queyrat) ;
Arséniate de soude,.., etc.

Mais l'expérience démontra qu'on obtenait les meilleurs résultats avec les préparations à base d'iodoforme.

Iodoforme. — L'iodoforme possède en effet des propriétés antiseptiques remarquables dues à sa décomposition lente, au contact des matières organiques, en acétylène et iode. Pour Neisser, il agit surtout par l'iode naissant mis en liberté ; pour Behring, par l'acétylène. Il posséderait en outre des propriétés anesthésiques, ce qui faciliterait son emploi, la cavité des bubons étant particulièrement douloureuse lorsqu'elle est distendue.

L'iodoforme fut d'abord employé en solution dans l'éther, notamment par Verneuil dans son service de la Pitié en 1888. Cette méthode jouit même d'une grande faveur pendant quelques années, mais elle dut être abandonnée, car l'éther présente deux inconvénients fâcheux dus à sa trop grande volatilité :

1° Il distend la poche à l'excès et, par la compression des tissus emflammés, provoque une vive douleur ;

2° Il s'évapore rapidement par l'ouverture de la ponction, même si celle-ci est petite : il ne reste qu'une masse pulvérulente d'iodoforme dans le fond

de la cavité, et les autres parties échappent à l'action de l'antiseptique.

Vaseline. — Par contre, l'iodoforme en émulsion dans la vaseline ne présente pas ces inconvénients. La vaseline est une graisse minérale, amorphe, inaltérable, mélange d'huile de pétrole et de paraffine, demi solide à la température normale du corps, se liquéfiant à 42 degrés. On comprend dès lors qu'il sera facile de l'injecter, soit liquide en la chauffant un peu dans un récipient au bain-marie, soit demi solide en la tenant simplement un moment dans la paume de la main fermée, comme le recommandait Dubreuilh dans son article de *la Presse médicale* du 11 juillet 1918. Il voulait éviter ainsi l'issue de la vaseline qui se produit presque fatalement, selon lui, après le retrait du trocart, si la vaseline a été injectée chaude et liquide. Pourtant, nous allons voir, en exposant la façon de procéder dans le service de M. Queyrat, à l'hôpital Cochin, qu'il suffit de projeter, sur la paroi du bubon, un jet réfrigérant de chlorure d'éthyle pendant une demi-minute, avant de retirer le trocart, pour obtenir la solidification rapide de la vaseline et éviter son issue après la ponction.

Description de la méthode de Fontan et de ses modifications

Nous nous sommes servi de vaseline iodoformée. Mais, alors que la concentration habituelle est de

10 p. 100 ou de 15 p. 100, nous avons employé une émulsion au tiers, c'est-à-dire renfermant 25 parties d'iodoforme pour 75 parties de vaseline.

Nous avons constaté, en effet, qu'une telle émulsion, non seulement pouvait parfaitement être tolérée par les malades, et n'était pas dangereuse pour les tissus, mais que l'action stérilisante de l'iodoforme et l'apaisement des phénomènes inflammatoires étaient plus précoces.

Cette vaseline iodoformée était chauffée au bain-marie quelques minutes avant la ponction. Pendant ce temps, nous prenions la précaution de savonner et de raser la région malade, sur laquelle nous disposions ensuite une large couche de teinture d'iode dépassant de beaucoup les limites de la région sur la paroi abdominale et la partie supérieure de la cuisse, de façon à préserver les régions voisines contre une inoculation possible par le pus chancrelleux.

Les mains ayant été soigneusement lavées, savonnées et brossées pendant dix minutes, puis passées à l'alcool, et revêtues de gants stérilisés, nous disposions de grandes compresses stériles de façon à constituer un petit champ opératoire.

Ces précautions aseptiques étant prises, le trocart et la seringue ayant été suffisamment bouillis, un aide projetait pendant quelques secondes un jet de chlorure d'éthyle sur la paroi du bubon au niveau du point où devait avoir lieu la ponction. Puis la paroi du bubon était perforée au trocart, et le pus

s'échappait par l'ouverture de cet instrument. On le recueillait dans un récipient gradué placé au-dessous, pendant que la région était malaxée jusqu'à l'apparition de quelques gouttes de sang indiquant que tout le pus était sorti. Aussitôt après, la vaseline iodoformée liquide, ou demi liquide, était aspirée dans la seringue encore chaude de façon à éviter une solidification trop rapide, et nous en injections dans la cavité du bubon une quantité égale à celle du pus recueilli dans le récipient gradué.

Cela fait, un doigt était placé sur l'ouverture du trocart, pour éviter l'issue du mélange, jusqu'à ce qu'un jet réfrigérant de chlorure d'éthyle projeté sur la paroi du bubon ait déterminé une solidification de la vaseline. Ce temps demandait souvent une bonne minute. Un tampon de collodion était tout prêt à être appliqué sur l'orifice de la ponction aussitôt après la sortie du trocart. Par-dessus, on appliquait un pansement maintenu par un spica.

Il eût sans doute été préférable d'hospitaliser ces malades. La guérison semblait devoir en être facilitée. Mais nous avons préféré expérimenter la méthode sur des malades externes, sur des ambulants, afin de bien prouver qu'elle était compatible, dès le lendemain de l'intervention, avec leurs travaux habituels ; si bien qu'il s'agit là d'une véritable méthode de traitement ambulatoire.

Ces malades revenaient quelques jours après la première intervention, leur pansement n'ayant pas

été touché, afin que la vaseline fût retirée par une nouvelle ponction.

Nous avons cherché, par tâtonnements, le moment *optimum* pour cette seconde opération. L'expérience nous a démontré qu'il y avait avantage à la retarder.

En effet, nos observations montreront que, suivant le temps plus ou moins long pendant lequel la vaseline iodoformée aura séjourné dans la cavité du bubon, on obtient, par une ponction ultérieure, soit un mélange de pus et de vaseline non décolorée, soit une vaseline très légèrement décolorée avec ou sans mélange de pus, soit, — au bout d'un laps de temps qui varie entre douze et quinze jours, quelquefois davantage, que nos malades ont rarement eu le loisir d'attendre, et qui n'est d'ailleurs pas nécessaire pour obtenir la guérison, — une vaseline pure, sans pus, complètement décolorée, toute blanche, cette vaseline s'étant peu à peu débarrassée de l'iodoforme, qu'elle tenait en suspension, au profit des tissus infectés.

Dans le cas où la vaseline, retirée trop tôt, était encore mélangée à une certaine quantité de pus, nous faisions une seconde injection de vaseline iodoformée dans les mêmes conditions que la première. Quand la vaseline ressortait pure, nous ne faisions pas de nouvelle injection ; nous appliquions seulement sur la poche un pansement légèrement compressif destiné à favoriser l'adhérence des parois décollées, et tout rentrait dans l'ordre en quelques jours.

Comme on le voit, quelques modifications ont été apportées à la méthode de Fontan :

1° Nous avons déjà dit que la concentration de la vaseline était plus forte.

2° L'introduction du trocart n'était pas précédée d'une incision au bistouri, comme le recommandait Dubreuilh, dans son article de *la Presse médicale*. En effet, ce qui constituait peut-être le plus grand perfectionnement de la méthode du médecin-principal Fontan à l'époque où elle fut inaugurée, en 1889, à l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon, c'est qu'elle permettait de se passer de bistouri et d'éviter, d'abord une plaie chirurgicale assez grande pour être inoculée et devenir chancreuse, ensuite et plus tard une cicatrice désobligeante. C'est en ce sens que la méthode apparut à l'époque comme tout à fait « rationnelle » et constituant un progrès considérable sur toutes les thérapeutiques jusqu'alors préconisées. Or, l'incision au bistouri, si petite soit-elle, sera toujours plus grande que l'orifice de ponction au trocart aussitôt obturé, et favorisera davantage l'issue de vaseline d'abord, les infections secondaires ensuite (1).

On objectera que le bistouri est moins douloureux que le trocart. Mais nous avons constaté que, avec un jet suffisant de chlorure d'éthyle, et pourvu que l'opérateur ait la patience d'attendre un peu, la ponction est parfaitement tolérée par le patient.

1. Bien entendu, il faut que le calibre du trocart soit suffisant pour permettre l'issue du pus après la ponction.

3° Le troisième perfectionnement apporté à la méthode de Fontan consiste dans la solidification instantanée de la vaseline injectée grâce à un jet réfrigérant de chlorure d'éthyle projeté sur la paroi du bubon.

Il est encore un point sur lequel nous voudrions ajouter quelques précisions. Si on relit les descriptions des méthodes médico-chirurgicales qui précédèrent ou qui suivirent la publication de celle de Fontan, on voit que les auteurs faisaient précéder l'injection du liquide modificateur d'un lavage de la cavité avec un liquide antiseptique quelconque. Nous faisions nous-même, lors de nos premières expérimentations, avant l'injection de vaseline iodoformée, un ou plusieurs lavages de la cavité avec une certaine quantité d'eau oxygénée pure ou étendue, cette substance, par les bulles d'oxygène qu'elle met en liberté au contact des muqueuses, semblant plus apte que tout autre au nettoyage d'une cavité anfractueuse, souvent formée de plusieurs poches communiquantes, comme celle du bubon. Mais nous avons pu constater que ce n'est pas un perfectionnement. L'eau oxygénée provoquait, par la distension de la poche et la compression des tissus enflammés, une douleur très vive. De plus elle mettait ces tissus déjà lésés en état de moindre résistance, et souvent, nous avons revu des malades traités quelques jours auparavant, présentant une paroi de bubon rouge et amincie, caractères qu'elle n'avait pas avant l'injection. Nous avons constaté par la suite que ces phé-

nomènes ne se produisaient pas si l'on supprimait le lavage préalable à l'eau oxygénée, et que la guérison n'en était pas retardée, la concentration de la vaseline iodoformée au tiers étant suffisante pour produire à elle seule une antisepsie rapide et parfaite.

Dans le cas de poches multiples, où la stérilisation de la cavité semble difficile à réaliser au moyen de la seule vaseline iodoformée, il y aura avantage, ainsi qu'il a été démontré dans une thèse récente (1) à se servir du liquide de Calot, plus fluide, et dont voici la formule :

Gaïacol	2 gr. 50
Iodoforme	1 gr.
Huile d'olive	30 gr.
Huile de vaseline	30 gr.

Indications et contre-indications

Bien entendu, il ne s'est agi dans tout cela, par définition, que du bubon chancrelleux, consécutif au chancre simple, et non des cas de dégénérescence ganglionnaire tuberculeuse ou syphilitique, suppurant pour une cause quelconque, ni des adénites inflammatoires consécutives à une plaie traumatique des territoires lymphatiques tributaires de l'aine, infectée par des microbes banaux, — ni de ces grands décollements avec mauvais état des tissus circonvoisins, qui sont justiciables d'une ouverture large avec débridement, râclage à la curette... etc.

---

1. Duclos, *Quelques méthodes actuelles de traitement des bubons chancrelleux*. Thèse de Paris, 1919.

Mais encore, parmi les bubons chancrelleux, faut-il choisir ceux qui semblent devoir le mieux bénéficier de cette méthode, car elle ne répond pas à tous les cas.

Alors que le ganglion est dur, confondu avec une zone d'empâtement voisine, sans aucune tendance à la fluctuation, il faut attendre le moment propice, sans quoi on provoquera souvent une vive douleur, avec exagération des phénomènes inflammatoires, et cela sans aucun bénéfice appréciable.

Si la peau est déjà chancrellisée, l'opération que nous proposons est inefficace : la vaseline s'échappera aussitôt. Il en est de même si le bubon est simplement fistulisé sans être chancrellisé.

Si la peau est très mince, très rouge, avec tendance à la fistulisation ou à la chancrellisation, l'intervention que nous préconisons est un risque à courir qui n'aggravera rien, même si la paroi du bubon, malaxée, soumise à des variations brusques de la température et à l'action légèrement caustique du chlorure d'éthyle s'ouvre plus tôt qu'elle n'aurait pu le faire spontanément.

L'injection de vaseline iodoformée se fera dans les meilleures conditions avec un bubon nettement fluctuant, à paroi saine, de coloration normale, sans aucune tendance à la fistulisation ou à la chancrellilisation.

C'est dans ces conditions que nous nous sommes placé pour recueillir les observations que nous allons maintenant résumer.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Albert B..., vingt-deux ans, employé de commerce. Chancrelle dans le sillon balano-préputial, datant de un mois et demi, en voie de cicatrisation.

Bubon inguinal bilatéral.

A droite, de la grosseur d'un œuf de poule. Peau rouge, amincie. Fluctuation très nette.

A gauche, de la grosseur d'une petite noix, légèrement ramolli sur un point, avec empâtement tout autour.

15 juin 1919. — Ponction au trocart du bubon droit. On retire 20 centimètres cubes de pus jaune-verdâtre, bien lié. On injecte 20 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansement légèrement compressif.

22 juin. — La ponction donne isssue à de la vaseline encore colorée mêlée à environ 1 centimètre cube de pus. Nouvelle injection de vaseline iodoformée.

27 juin. — La vaseline est retirée. Il n'y a plus aucune trace de pus. Pansement à plat.

29 juin. — Le malade est revu. Se dit complètement guéri.

OBSERVATION II

Georgiades A..., vingt-neuf ans, menuisier.

Chancrelle et balanite datant de trois semaines Bubon inguinal gauche de la grosseur d'un petit œuf de poule. Peau légèrement rouge, mais encore suffisamment épaisse, d'apparence saine, sans menace d'ouverture spontanée.

15 juin 1919. — Ponction au trocart : on retire 13 centimètres cubes de pus. On injecte même quantité de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

24 juin. — On retire de la vaseline légèrement décolorée sans mélange de pus.

28 juin. — Le pansement est retiré. La peau est normale

OBSERVATION III

L... Auguste, terrassier, trente-trois ans.

Chancrelle du limbe préputial et chancrelle sous-préputiale datant de six semaines. Adénopathie douloureuse datant de quinze jours environ. Bubon gauche de la grosseur d'une noix. Peau rouge, assez épaisse.

16 juin 1919. — Ponction au trocart sous anesthésie au chlorure d'éthyle. On retire 5 centimètres cubes de pus. Injection de 5 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Gélification de la paroi au chlorure d'éthyle. Collodion. Pansement occlusif.

24 juin. — On retire la vaseline. Pansement à plat.

28 juin. — On retire le pansement.

OBSERVATION IV

B... Jean-Marie, vingt-six ans, camionneur.

Entré le 26 juin salle Grancher. Adénite chancrelleuse gauche datant de trois semaines environ, consécutive à chancrelle datant de un mois, actuellement guérie.

28 juin 1919. — Ponction du bubon : grosseur d'un œuf, peau rouge, luisante, mince. La ponction donne issue à 30 centimètres cubes de pus. On injecte même quantité de vaseline iodoformée. Gélification de la paroi. Collodion. Pansement occlusif.

8 juillet. — On ponctionne à nouveau le bubon, et on retire 50 centimètres cubes, d'un mélange de pus et de vaseline iodoformée, non décolorée. Nouvelle injection de vaseline iodoformée.

13 juillet. — Le bubon est vidé. Il n'y a plus de pus. Pansement qu'on retire le 17 juillet, le malade étant guéri.

OBSERVATION V

Mme B... Anna, trente ans, sans profession.

Bubon inguinal droit, grosseur d'une noix, datant de huit jours. Peau amincie, rouge. Fluctuation nette.

16 juillet 1919. — Ponction : on retire 10 centimètres cubesde pus. On injecte 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Gélification de la paroi. Colladion. Pansement occlusif.

23 juillet. — Nouvelle ponction : on retire la vaseline mé-

langée de pus. La cavité est lavée à l'eau oxygénée. Pansement compressif.

28 juillet. — La malade est revue. Elle a ôté son pansement. Se dit guérie.

OBSERVATION VI

S... Siméon, sujet russe, vingt-huit ans.

Adénite chancrelleuse datant de huit jours environ. Chancrelle du frein. Le bubon est fluctuant, à peau rouge, amincie.

16 juillet. — Ponction. On retire 5 centimètres cubes de pus. Injection de 6 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Gélification de la paroi. Pansement occlusif.

23 juillet. — Nouvelle ponction. On retire 10 centimètres cubes de pus et de vaseline. Lavage de la cavité à l'eau oxygénée. Pansement.

26 juillet. — L'abcès ne rétrocède pas. Au contraire, il devient chaud, tendu, douloureux avec 38°5 de température. Par une incision large au bistouri, on retire une grosse quantité de pus. Lavage de la cavité à l'eau oxygénée. Pansements humides chauds deux fois par jour. Suppuration abondante.

4 août. — La plaie est cicatrisée. La peau est saine. Le malade quitte l'hôpital, guéri.

OBSERVATION VII

I... Moïse, vingt-cinq ans, ferblantier, sujet roumain.

Vu pour la première fois le 28 juillet : Grosse adénite

inguinale gauche, datant de six semaines. Chancerelle du fourreau en voie de cicatrisation. Le bubon droit dur, tendu, douloureux n'est pas encore dans les conditions requises pour la ponction. Pansements humides pendant trois jours.

1er août. — Fluctuation nette. Ponction : on retire 20 centimètres cubes de pus. Injection de 20 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansement.

12 août. — Nouvelle ponction : on retire de la vaseline pure, passablement décolorée, sans mélange de pus. Pansement qu'on retire le 16 août, la guérison semblant achevée.

OBSERVATION VIII

M... Emile, quarante ans, coupeur.

Bubon inguinal droit, de la grosseur d'une noix, datant de trois semaines, fluctuant ; peau rouge, amincie.

28 juillet 1919. — Ponction au trocart : on retire 12 centimètres cubes de pus. On injecte 12 centimètres cubes de vaseline iodoformée liquide après lavage de la cavité à l'eau oxygénée. Gélification de la paroi. Pansement occlusif.

2 août. — Le malade étant impatient, on retire la vaseline mélangée à du pus par une nouvelle ponction. On injecte à nouveau la vaseline iodoformée.

6 août. — La vaseline est retirée. Il y a encore des traces de pus. Pansements humides.

12 août. — Le malade est guéri.

OBSERVATION IX

Bachir B... K..., vingt-trois ans, chauffeur.

Deux chancrelles volumineuses dans le sillon balano-préputial. Bubon de l'aine droite, de la grosseur d'une mandarine, fluctuant. Peau rouge, amincie.

6 août. — Ponction au trocart. On retire seulement 10 centimètres cubes de pus épais. On lave la cavité à l'eau oxygénée pure. On injecte 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Gélification de la paroi. Pansement occlusif.

18 août. — On retire la vaseline décolorée, sans mélange de pus. Pansement.

20 août. — On retire le pansement.

OBSERVATION X

R... Louis, quarante-deux ans, cordonnier.

Adénite chancrelleuse inguinale gauche, datant de quinze jours. Chancrelle du fourreau. Fluctuation nette du bubon. Peau saine.

9 août. — Ponction. On retire 12 centimètres cubes de pus environ. Injection de la même quantité de vaseline iodoformée. Gélification de la paroi. Collodion. Pansement occlusif.

23 août. — On retire la vaseline blanche, sans pus.

25 août. — On retire le pansement.

OBSERVATION XI

O... Jean, vingt-sept ans, cuisinier.

Bubon inguinal droit, de la grosseur d'un œuf de poule, datant de trois semaines. Fluctuation nette. Peau amincie, violacée, en voie de chancrellisation par places, sphacélée en un point.

9 août. — On retire 12 centimètres cubes de pus. Injection de 12 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

12 août. — Le malade est revu. La vaseline est sortie et le pus s'écoule par l'orifice de chancrellisation. Pansements iodoformés.

OBSERVATION XII

E... Mohamed, vingt ans.

Bubon inguinal gauche datant de six semaines, fluctuant, peau amincie, grosseur d'une mandarine. Bubon crural gauche, presque aussi volumineux, mais déjà chancrellisé en cinq endroits.

13 août. — Ponction du bubon inguinal. On retire 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée chaude et liquide. Gélification de la paroi au chlorure d'éthyle. Pansement occlusif : on s'efforce d'isoler le bubon inguinal.

16 août. — Malgré ces précautions, le bubon inguinal s'est chancrellisé et la vaseline est sortie par l'orifice de chancrellisation. Pansements iodoformés.

OBSERVATION XIII

D... Albert, cinquante ans, menuisier.

Bubon inguinal chancrelleux bilatéral, datant d'un mois. Le bubon droit est fluctuant, à peau rouge, amincie. Le bubon gauche est dur, non fluctuant.

16 août. — Ponction du bubon droit : on retire 9 centimètres cubes de pus. Injection de 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée chaude et liquide. Gélification de la paroi. Pansement occlusif au collodion.

23 août. — Ponction du bubon gauche, devenu fluctuant, et dont on retire 5 centimètres cubes de pus. Injection de 5 centimètres cubes de vaseline iodoformée chaude et liquide. Pansement occlusif.

On retire le même jour la vaseline et le pus du bubon droit. Pansement occlusif.

27 août. — Le bubon droit est guéri.

30 août. — Evacuation du bubon gauche. Le pansement qui le recouvre est enlevé le 2 septembre.

OBSERVATION XIV

H... Gaston, trente-cinq ans, valet de chambre.

Adénites chancrelleuses inguinale et crurale gauches, communiquantes, mais nettement séparées par l'arcade crurale, très douloureuses. Peau rouge, tendue, chaude ; fluctuation peu marquée. Le début remonte à quinze jours.

16 août. — Ponction au trocart : on retire 15 centimètres

cubes de pus et on injecte même quantité de vaseline iodoformée. Pansement.

23 août. — On retire un mélange de pus et de vaseline iodoformée.

Pansements humides.

30 août. — Le pansement est retiré, le malade guéri.

OBSERVATION XV

O..., Alexis, cinquante ans, paveur.

Bubon chancrelleux inguinal bilatéral, début remontant à un mois. Le bubon droit, gros comme une mandarine, est fluctuant à peau rouge, amincie. L'adénite gauche, de la grosseur d'une noix, est empâtée, douloureuse, sans fluctuation nette.

16 août. — Ponction du bubon droit : on retire 20 centimètres cubes de pus et on injecte dans sa cavité la même quantité de vaseline iodoformée. Pansements humides sur le bubon gauche.

20 août. — Ponction du bubon gauche, on retire 9 centimètres cubes de pus et on injecte 9 centimètres cubes de vaseline iodoformée.

30 août. — On retire la vaseline iodoformée des deux bubons.

Il n'y a plus de pus nulle part, mais la vaseline retirée du bubon droit est blanche, alors que celle de gauche est à peine décolorée.

OBSERVATION XVI

M... André, vingt-quatre ans, artiste peintre.

Bubon inguinal gauche datant de quinze jours, très étalé en surface : 7 centimètres de hauteur sur 8 centimètres de largeur. Peau rouge. Empâtement plutôt que fluctuation. La fluctuation est pourtant nette en un point, sur une petite surface.

23 août. — Le bubon est ponctionné à cet endroit. On retire 8 centimètres cubes de pus. Injection de 8 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansements humides.

12 septembre. — On retire la vaseline, mais toute blanche le malade n'étant pas revenu plus tôt. Pansement.

14 septembre. — Le pansement est retiré : il n'y a plus d'inflammation.

OBSERVATION XVII

R... Georges, dix-huit ans, chaudronnier.

Bubon inguinal droit, datant d'un mois, grosseur d'une mandarine. Peau saine. Fluctuation appréciable.

23 août. — On retire 6 centimètres cubes de pus. Injection de 6 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

30 août. — On retire la vaseline iodoformée ; pas de pus. Pansement.

3 septembre. — Le pansement est retiré, le malade guéri.

OBSERVATION XVIII

O... Oboukowitch, trente-trois ans.

Bubon inguinal gauche datant de sept jours, de la grosseur d'un œuf, fluctuation nette. Peau rouge, mais saine.

28 août — On retire seulement 4 centimètres cubes de pus. Le bubon ne semble pas à maturité complète. Pansements humides.

1er septembre. — Ponction. On retire 20 centimètres cubes de pus. Injection de 20 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansement sec occlusif.

12 septembre. — On retire la vaseline décolorée, sans pus.

15 septembre. — On retire le pansement.

OBSERVATION XIX

M... Constantin, trente-quatre ans, dessinateur.

Bubon inguinal gauche datant d'un mois, douloureux, à peau rouge, fluctuant.

27 août. — Ponction : on retire 6 centimètres cubes de pus et on injecte même quantité de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

30 août. — Le malade est revu. Le bubon n'est plus douloureux. Le malade vaque à ses occupations.

6 septembre. — On retire la vaseline légèrement décolorée, sans traces de pus.

8 septembre. — On retire le pansement.

OBSERVATION XX

G... Fernand, vingt-sept ans.

Chancrelle du gland guérie depuis huit jours.

Bubon inguinal gauche chancrellisé. Bubon inguinal droit fluctuant, à peau rouge, de la grosseur d'un œuf datant de huit jours.

10 septembre. — Ponction au trocart : injection de 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée après avoir retiré 10 centimètres cubes de pus, Pansement occlusif séparant les deux bubons.

18 septembre. — Le bubon est vidé. Il contient un mélange de pus et de vaseline iodoformée non décolorée. Nouvelle injection de vaseline iodoformée. Pansement.

24 septembre. — On retire la vaseline non décolorée, mais il n'y a plus de pus. Pansement.

28 septembre. — On retire le pansement.

OBSERVATION XXI

M... Auguste, dix-neuf ans, menuisier.

Gros bubon inguinal gauche, rouge et enflammé, ayant les dimensions d'un citron. Empâtement avec zone centrale de fluctuation. Début il y a trois semaines.

15 septembre. — On retire 10 centimètres cubes de pus au trocart. On injecte 10 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

25 septembre. — On retire la vaseline iodoformée, à peine décolorée, sans mélange de pus.

28 septembre. — On retire le pansement.

OBSERVATION XXII

L... Raoul, quarante ans, employé.

Deux bubons inguinaux ; le gauche, fluctuant, est ponctionné le 22 août. Injection de vaseline iodoformée. Le bubon droit n'est pas à maturité.

8 septembre. — On retire par ponction la vaseline du bubon gauche qui sort toute blanche, sans mélange de pus. Pansement.

On ponctionne le bubon droit, on retire 10 centimètres cubes de pus.

On injecte même quantité de vaseline iodoformée.

18 septembre. — On retire la vaseline du bubon droit, à peine décolorée, sans pus. Le bubon gauche est guéri.

22 septembre. — On retire le pansement du bubon droit.

OBSERVATION XXIII

F... René, seize ans, ajusteur.

Bubon inguinal droit datant de quinze jours. Peau rouge, amincie, fluctuation nette.

20 septembre. — On retire 12 centimètres cubes de pus. On injecte même quantité de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

28 septembre. — Le bubon est vidé. La vaseline ressort, sans mélange de pus.

30 septembre. — On retire le pansement.

OBSERVATION XXIV

Q... Edouard, trente-trois ans, camionneur.

Bubon inguinal droit datant de quinze jours. Peau normale. Fluctuation nette.

20 septembre. — Ponction : on retire 10 centimètres cubes de pus. On injecte même quantité de vaseline iodoformée. Pansement.

28 septembre, — La vaseline est retirée, mélangée à une très petite quantité de pus.

30 septembre. — Le malade est guéri. On retire le pansement.

OBSERVATION XXV

L... Edouard, vingt-deux ans, garçon de café.

Adénite chancrelleuse de l'aine gauche, remontant à un mois et demi, aujourd'hui plus grosse qu'un œuf de poule. Peau rouge enflammée. Fluctuation nette.

17 septembre. — Ponction : on retire 30 centimètres cubes de pus. Injection de 30 centimètres cubes de vaseline iodoformée. Pansement occlusif.

24 septembre. — Le bubon est vidé, mais il contenait encore du pus. Nouvelle injection de vaseline. Pansement.

30 septembre. — Le bubon est vidé. La vaseline est encore colorée, mais il n'y a plus de traces de pus.

2 octobre. — Le pansement est retiré, le malade est guéri.

CONCLUSIONS

1° Les méthodes purement médicales de traitements des bubons chancrelleux sont inefficaces.

2° Les méthodes purement chirurgicales (incision simple, drainage filiforme, etc.) sont exposées, malgré les précautions antiseptiques et aseptiques, à déterminer la chancrellisation de la plaie opératoire, le laboratoire ayant démontré récemment que cette complication peut se produire à l'abri des infections secondaires, par la simple inoculation du pus du bubon primitivement riche en bacilles de Ducrey dans 40 p. 100 des cas.

3° Les meilleures méthodes semblent être les méthodes médico-chirurgicales qui préservent des infections secondaires tout en stérilisant la poche bubonienne.

Parmi les substances employées pour les injections modificatrices, la vaseline iodoformée doit être préférée :

a) Parce que l'iodoforme a des propriétés puissamment antiseptiques et légèrement anesthésiques.

b) Parce que la vaseline, non douloureuse comme les produits volatils (éther) peut être injectée liquide à une température supérieure à 42 degrés et facilement ramenée dans la poche à sa température de soli-

dification,ce qui évite son issue par l'orifice de ponction.

c) Parce que la méthode de Fontan est une méthode élégante, facile, propre, le plus efficace contre la chancrellisation de la paroi ; de plus elle évite le renouvellement fréquent des pansements et l'immobilisation des malades, de telle sorte qu'elle semble être la seule « méthode ambulatoire » de traitement que nous ayons à notre disposition à l'heure actuelle.

Par cette méthode, modifiée sur les quelques points de détails dont il a été fait mention dans cette thèse, sur 23 expérimentations pratiquées dans les meilleures conditions dans le service de M. le Dr Queyrat à l'hôpital Cochin,nous avons obtenu 21 guérisons en un laps de temps variable entre six et douze jours, s'il est vrai qu'on puisse assigner une date précise à une telle guérison, alors que l'action stérilisante et curative de l'iodoforme se manifestait dès le lendemain de l'intervention par l'apaisement des douleurs et des phénomènes inflammatoires, la vaseline antiseptique étant gardée dans la cavité du bubon comme un corps étranger peu gênant pour le malade qui, dans la plupart des cas, n'avait aucun avantage à retirer de l'évacuation précoce de la poche devenue stérile.

Le Président de la thèse,
CHAUFFARD

Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. POINCARÉ

BIBLIOGRAPHIE

Annales des maladies vénériennes, mai 1919, n° 5.

Annales de dermatologie et syphiligraphie, t. VII, mai 1919.

Auregau. — Sur le traitement du chancre mou compliqué d'adénite (Archives de médecine et de pharmacie. Paris, 1918).

Ballet. — Du traitement du bubon par les vésicatoires (Thèse de Strasbourg, 1862).

Bebin. — Sur le traitement du bubon vénérien (Thèse de Strasbourg, 1831).

Berdal. — Traité pratique des maladies vénériennes, première partie.

Buisson. — Bubons inguinaux avec polyadénite chronique chancrelleuse traités par la méthode de Bier (Bulletin de la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, p. 75, XIX, 1908).

Bonnafont. — Emploi de séton filiforme contre les adénites en général et surtout contre les bubons (Mémoires de Médecine, de Chirurgie et de Pharmacie militaires, 1854).

Carle. — Traitement chirurgical du bubon (Annales de Dermat. et Syphiligraphie, p. 203, 1905).

Couanet. — Trait. du bubon en particulier par les injections de cuivre colloïdal. Thèse, 1916. Paris.

Cavallini (E.). — Il drenaggio filiforme nella cura della adénite venera (Ann. de méd. nov. Roma, 1918, 150).

Delaunay. — De l'adénite inguinale vénérienne et de son traitement chirurgical (Thèse de Paris, 1865).

Duclos. — Quelques méthodes actuelles de traitements des bubons chancrelleux. Thèse de Paris, 1919.

Ducrey. — Recherches expérimentales sur la nature intime des processus contagieux du chancre mou (Congrès intern. de Paris 1889. Comptes rendus du Congrès internat. de Dermatologie et Syphiligraphie. Paris, 1889, p. 229).

Dubreuilh. — Trait. du chancre mou et de ses complications (Traité de thérapeutique appliquée, 1896).

Dubreuilh et Mollein (E.). — Traitement des bubons chancrelleux (Presse médicale, 11 juillet 1918).

Floquet André. — Quelques réflexions sur le traitement des bubons chancrelleux pour le drainage filiforme (Presse médicale du 3 janvier 1920).

Fontan. — Archives de médecine navale, 1885, L. 115 (Presse médicale, 1909).

Gamel. — Trait. du bubon (Sem. méd. 1892, p. 62).

Gaucher. — Traité de syphiligraphie.

Hallard. — Des ponctions multiples dans le traitement des bubons (Bull. génér. de thérap. XXI, août, 1841).

Hayden (J.). — Iodoform ointement, injection in the treatment of. etc. (Ann. Journal of méd. Sciences, 1895).

Hanse. — Considér. sur le bubon vénérien. Paris, 1828.

Hudelo et Rabut. — Presse médicale du 12 novembre, 1919.

Jambon et Tzanck. — Considér. sur le traitement des chancres mous (Ann. des mal. vénériennes. Paris, 1918).

Legrand. — Trait. rapide du bubon suppuré par l'incision, l'expression et les sutures immédiates (Ann. des maladies des organes génito-urinaires, mai 1907).

Lassueur. — Le traitement du bubon par les rayons X (archives d'électricité médicale. Bordeaux, 1907, XV, 449-451)

Lejars. — Traité de chirurgie, t. III (Bubon : Reclus).

Le Follec. — Au sujet du traitement du bubon par les injections de vaseline iodoformée (Arch. de méd. Paris, 1891).

Neebe. — Trait. du bubon (Annales de Dermat. et Syph., 1895).

Netter. — Gazette médicale de Paris, 1862.

Nicolle. — Recherches sur le chancre mou (1892-93).

Poirson. — Contribution à l'étude du traitement des chancres mous et du bubon chancrelleux aux armées. Th. Paris, 1908.

Pousson. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical du bubon (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1903).

Ricord, — Journal des connaissances médicales, janvier 1834 (Bulletin général de thérapeutique, 1843).

Roux. — Du traitement du bubon par les injections iodées (archives génér., 1846-47).

Simon. — Compte rendu Société biologique, 17 mai 1902. (Société médicale des Hôp. Paris, mars 1916).

Thibierge, Ravaut et Lesourd. — Soc, Méd. des Hôpitaux. 2 juin 1905.

Vidal de Cassis. — Traitement local des bubons (Annales des maladies de la peau 1851, IV)

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 4483-20

LE DOYEN : **M. ROGER.**

PROFESSEURS :	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BESANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ.
Pathologie chirurgicale	GOSSET.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	ACHARD. WIDAL, GILBERT. CHAUFFARD.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE.
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. QUÉNU. LEJARS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. COUVELAIRE. RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	JEANNIN	LOEPER	ROUVIÈRE
BRANCA	JOUSSET (André)	MOCQUOT	SCHWARTZ
CAMUS	LABBÉ (Henri)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LANGLOIS	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LECÈNE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LEMIERRE	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LENORMANT	RETTERER	ZIMMERN
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RIBIERRE	
GUENIOT	LEREBOULLET	RICHAUD	
GUILLAIN	LÉRI	ROUSSY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres a leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.